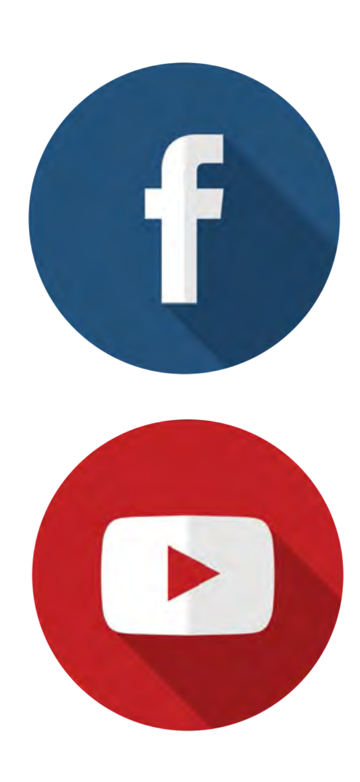

.Net
La faculté
Seek Knowledge





Suites de couches nles et pathologique

tranchée : CU spécifique SI
rôle : involut° utérine
↗↗ au cours des tétées + multipare → TRT antalgique antispasmo

- c'est la période allant de l'accoucht jusqu'au retour de couches (menstruat°)
- dure normalemt 45J
- c'est une période à risque de cplct° : Hgiques, infectieuses, thromboemboliques, psychiatriques ⇒ surveillance attentive

Modificat° physiologiques du post-partum :

- involut° utérine : ↓ taille, et reprend ses dimens° habituelles vers 2 mois + disparit° du SI + reconstitut° du col
  Favorisée par la lactat° immédiate (ocytocine)
- Vagin + vulve : reprise des dimensions nles, cicatrisat° d'éventuelles déchirures ou épisiotomie + régression et atrophie de l'épith vaginal
- Périné : récupérat° de sa tonicité + cicatrisat° si lésions. (ds 6-8 sem)
- montée laiteuse : ds les 3 premiers jours suivant l'accoucht
  accompagnée d'une ↗T° à 38°C
- cycle menstruel : reprise du cycle hormonal si ♀ n'allaite pas :
  - ovulat° entre J25 et J45
  - retour de couches vers 6-8 sem après accoucht.

  si allaitemt → retour de couches retardé (avt 5e mois).
- normalisat° des perturbat° biologiques : mais hyper coagulabilité persiste pdt 1er mois → attent° CO œstro-progest.
  Fg reste ↗ pdt 2 mois
  bilan CO pas avat 3e mois PP
- les lochies : écoulemt séro-sanglant vulvaire d'origine utérine = plaie placentaire persistent ≈ 3 sem
- l'endomètre regénère ; évolue en 4 phases :
  1. régression : accoucht → J5
  2. cicatrisat° indépendante des hormones : J6 → J25
  3. régénérat° hormonale : J25 → J45 → sl effet des œstrogènes
  4. reprise du cycle menstruel : si ∅ lactat° → à partir du J45
     les 2 premiers cycles après accoucht sont en gle anovulatoire
     si ♀ allaite → reprise ds 4 mois
- état psychique : variat° hormonales imp, épuisemt physique pdt accoucht, manque de repos → vers 3e-5e J post partum : R° émotionnelles = larmes, irritabilité, trbles du sommeil et de l'appétit, fatigue, ...

  Dc ≠ : dépression post natale.
- variat° hormonales = ↓ hormones stéroïdes gravidiques + ↗ PRL (si ∅ allaitemt, PRL ds 10-12J)
  FSH basse après accoucht va ↗ = nle vers 3e sem → œstrog ↗.
  LH ↗ ds 1 mois, pic → ovulat° vers J45 (∅ ovulat° avt J25)

- chez ♀ allaitante : tétée → ↑ PRL → retard du retour des règles
  mais cette réponse ↓ et disparait vers 60 J
  taux PRL devient nle vers 112 J → libérat° axe hypoth - hypoph
  donc 1e ovulat° possible vers 4e mois.

Surveillance en post partum :

* **PP immédiat :** surveillance rigoureuse en salle de W pdt 2h min après accouch
  - cst : π, TA, T°, état gle.
  - vérificat° du globe utérin
  - surveillance des saignemts
  - mict°, Rétent° Â d'urines
* **PP secondaire :** Dépister et traiter une éventuelle Hgie
  - J1 →
    - prévent° des cplct° thromboemb par levée précoce +/- TRT anticoag.
    - cst : π, TA, T°, état gle.
    - globe utérin : utérus contracté s/ombilic
    - lochies : abondance, aspect, odeur.
    - qualité des mict° + transit
    - palpat° des mollets (recher cher signes phlébite)
    - examen des seins + mise en route de l'allaitemt.
    - bio : FNS + crase sg.
    - si incompat Rh → sérum anti-D ds 72 h
  - J2-J5 →
    - cst, globe utérin, lochies, mict°, transit, palpat° mollet.
    - périné : cicatrisat° des déchirures / épisiotomie
    - examen des seins + évaluer état psychique.
    - si sérologie rubéole ⊖ → vacciner.
    - proposer contracept°
* **PP tardif :** consultat° 6e-8e sem après acct.
  - involut° utérine vers 2e mois
  - lochies
  - examen gynéco complet : cicatrisat° vulvaire + périnéale

SDC pathologique : ⊕ fréqtes si césarienne

cplct° redoutées en fct° des périodes du PP :

↳ PP immédiat : Hgie de la délivrance, infect° Â (chorio-amniotite), rétent° Â d'urines (II à APD).

↳ PP secondaire : Hgies génitales, infect° (urinaires, endométrite, inf° de cicatrice), cplct° thrombo-emb, cplct° allaitemt, trbles psych, anémie

↳ PP tardif : cplct° mammaire, anlie cicatrisat°, retour de couches Hgique, aménorrhée du PP, trbles génito-sphinctériens.

* cplct° Hgique :
  - Hgie de la délivrance.
  - Hgie génitale précoce (atonie utérine II, endométrite Hgique).
  - " " tardive (retour de couches Hgique).

* cplct° infectieuses :

↳ endométrite : 1e cause de F° du PP.

→ FDR : RPM, manœuvres endo-utérine (délivrance artificielle, révision utérine), accoucht dystocique, rétent° placentaire partielle.

→ clinique :
  - début précoce : 3-5 J après accoucht
  - F° modérée 38°c, DL pelviennes peu intenses, lochies abondantes malodorants (sales)
  - à l'examen : utérus mal involé (mou + DL), stagnat° de la hauteur utérine, col béant, DL à la mobilisat° utérine.

→ TRT : ATB.

↳ infect° urinaires :

→ SF : pollakiurie, brulûres mictionnelles, DL lomb.
→ examen : urines trbles, DL lomb, BU ⊕ + ECBU

* cplct° thrombo-emb :

- Facteurs favorisants :
  - âge > 40 ans
  - multipare
  - ATCDs thrombo-emboliques
  - obésité
  - varices
  - accht dystocique / césarienne
  - cardiopathie

↳ thrombose veineuse superficielle :
  - cordon rouge, chaud, DL, induré
  - explorat° écho-doppler systématique
  - TRT : anti-infl local + content°

↳ thrombose veineuse profonde : Risque embolie pulm = Pc vital.
  - début progressif souvent au cours de la 2e semaine.
  - signe d'appel : F° modérée (37,5-38°) inconst, ↑↑, DL unilat mollet, pli de l'aine, ss° jambe lourde

- examen bilat comparatif : œdème discret (mesure du périmètre de la jambe) chaleur + DL provoquée au n² mollet à la palpat° profonde et à la dorsiflexion (signe de Homans)
- étude écho-doppler des MI
- TRT : Héparine, contension puis relais AVK + surveillance+++

↳ Phlébite pelvienne : complique souvent une endométrite
- ∅ signes spécifiques : urinaires (dysurie, pollakiurie, rétent°)
  intestinaux (ballonemt, ténesme).
  TV dL
- TRT : héparine + ATB

Prévent° des cplct° thrombo-emb. ++++
- Lever précoce
- Contension si mauvais état veineux
- TRT préventif par héparine.

* Cplct° mammaires :

↳ engorgemt mammaire : évènemt précoce : 2e-3e J = montée laiteuse
- fébricule à 38°C + DL mammaires bilat.
- à l'examen : seins durs, tendus, très DL   risque cplct° infectieuses.
- TRT symptomatique : massage circulaire des seins avt tétées
  inject° 2UI Synto* en IM
  régression ds 24-48 h.

↳ crevasse du mamelon : due à mauvaise technique d'allaitemt
  cplct° : engorgemt puis lymphangite
- DL mamelon, tétées très DL, ∅ F°, érosions superficielles à l'inspect° du mamelon.
- CAT : nettoyer + sécher mamelon après chaque tétée
  applicat° crèmes grasses ou cicatrisante.
  réexpliquer les modalités de l'allaitemt pour éviter récidives.

↳ lymphangite : (mastite infl° = infl° du sein) début brutal, engle 5-10 J en PP.
- F° élevée ; frisson, DL mammaire unilat
- à l'examen : placard rouge, chaud, DL + ADP axillaire DL
  lait recuilli propre ∅ pus
- CAT : poursuivre l'allaitemt, bien vider le sein après tétées (s'aider au tire-lait)
  Aspirine ou AINS
  ∅ ATB en 1e intent°, si prescrite antistaph per os pdt 8 J
  Péni M (Bristopen*) compatible avec allaitemt
  Oxacilline
  surveillance.

↳ galactophorite : mastite infectieuse plus tardive : 10-15 j PP.
- début progressif : F° + DL mammaire unilat.
- lait recueilli mélangé à du pus (Signe Budin ⊕) ⇒ suspendre allaitemt
- CAT : - suspendre allaitemt
  - lait tiré et jeté jusqu'à guérison.
  - ATB per os antistaph
  - AINS ou antalgique.

↳ abcès du sein : tardif, complique galactophorite négligée.
- Dc : début tableau de galactophorite puis ↑ DL + F° ↑↑ oscillante, AEG
- à l'examen : sein volumineux, rouge, tendu, très DL
  collect° fluctuante hyper algique en péri aréolaire
- CAT : • H° + consult° en anesthésie + BPO + hémoc.
  • TRT chir : incision - lavage - drainage
  • ATB adaptée au germe
  • allaitemt arrêté.

• Autres cplct° :
- psychiques : Baby blues
  dépression du PP
  Psychose puerpurale confuso-délirante
- anémie par carence martiale.
- trbles sphinctériens
- trbles de la cicatrisat° : lachage, hématome, abcès (épisiotomie / césarienne)
- Σd de Sheehan : nécrose hypophyse ant suite choc Hgique lors accoucht
  * tableau d'insuff hypophy : corticotrope, lactotrope (φ montée laiteuse PP), gonadotrope (φ retour de couches), thyréotrope.
  * TRT : THS

Glde mammaire :
- pdt gsse, proliférat° des alvéoles s/act° Hormone (HLP) lactogène placentaire mais activité sécrétoire ⊖ par œstrog
- Réalisat° + maintien de l'allaitemt : ↳ hormones stéroïd gravidiques + succion → sécrét° PRL + ocytocine

F° du PP :
- montée laiteuse au 3e j.
- endométrite A°
- infect° urinaire
- cplct° thrombo-emb.
- cplct° allaitemt.
- anlie cicatrisat°.